

## COMUNICACION INTRAVENTRICULAR TRAUMATICA

J. M. SÁNCHEZ ORTEGA, E. CASTELLS CUCH, L. VERA GIL  
M. PUIG MASSANA

La corrección quirúrgica de defectos intracardiácos producidos por arma blanca o de fuego es una rareza en la literatura científica. Por esto, hemos considerado de interés presentar el siguiente caso, fiel reflejo de la problemática de los mismos.

*Presentación del caso:* Se trata de un paciente de 41 años de edad, que ingresa de urgencia con una herida por arma blanca situada en 5.º espacio intercostal izquierdo, a nivel del borde del esternón y de unos 4 cm. de longitud (fig. 1). Desde el momento de la agresión hasta el ingreso en

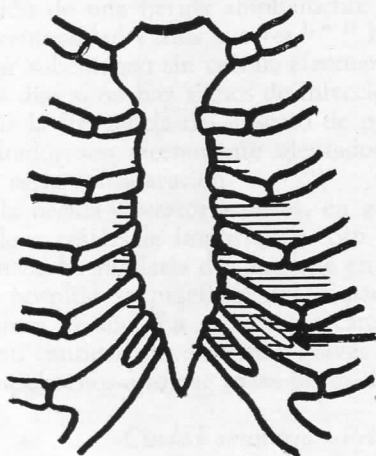


FIG. 1.—Localización de la herida penetrante, según indica la flecha.

nuestro Hospital transcurrieron unas tres horas y media aproximadamente. Durante este tiempo fue tratado en un Hospital comarcal con fluidoterapia, 1.000 c. c. de Hemocé y 1.500 c. c. de suero glucosalino.

A su llegada, el paciente estaba inconsciente, hipotenso, con una T. A. máxima de 80 mm. Hg., pálido, sudoroso, colapsado y rezumando sangre por la herida anteriormente descrita. Los tonos cardíacos estaban disminuidos. La limpieza de la herida externa aumentó la hemorragia sin poder visualizar su origen, por lo que, iniciado el tratamiento con hemoterapia, se decidió una intervención quirúrgica hemostática.

La vía de abordaje fue una toracotomía anterior izquierda sobre 5.º espacio intercostal, que iba desde la lesión hasta la línea axilar anterior. No se encontró ninguna lesión de los vasos de la pared ni de los intercostales, pero se adivinó una herida incisa en pericardio que se amplió generosamente extrayendo un gran coágulo intrapericárdico, y con lo que se produce un gran chorro hemorrágico intermitente por lesión de unos 3 cm. de longitud de la pared del ventrículo derecho. Se logra controlar la hemorragia con el dedo y se consigue cerrar la brecha miocárdica con 6 puntos de seda. (fig. 2).

Como el resto de la exploración torácica fue normal, se cerró la toracotomía, dejando abierto el pericardio y colocando un drenaje de la cavidad pleural.



FIG. 2.— Cierre de la herida penetrante de ventrículo derecho, controlando la hemorragia con el dedo mientras se pasaban los puntos.

El paciente se remontó con facilidad, no obstante pasó a la U. C. I., teniendo un curso postoperatorio muy bueno, llamando únicamente la atención desde los primeros momentos la existencia de un clarísimo soplo sistólico 3/6, regurgitante, pegado al primer ruido con epicentro en C2-4, sugestivo de comunicación interventricular. En el E. C. G. se apreciaban signos de pericarditis, como vemos en cualquier postoperatorio de cirugía cardíaca. El enfermo se recuperó normalmente y, como persistía el soplo, a las tres semanas del accidente se le practicó cateterismo cardíaco que demostró una comunicación interventricular baja, viéndose en la imagen a modo de dos chorros sugestivos de que se pudiera tratar de dos orificios en vez de uno.

Las presiones intracardíacas eran normales y el gasto pulmonar era 2,2 veces el gasto sistémico, lo que indicaba un flujo importante del ventrículo izquierdo al derecho a través de la comunicación. El enfermo estaba asintomático y no fue dado de alta hasta 4 meses más tarde, en que se efectuó la corrección.

La operación se realizó con circulación extracorpórea tras liberar las adherencias pericárdicas. Efectuóse una ventriculotomía derecha, viéndose un chorro de sangre procedente de la parte anterior y superior del septum interventricular, próximo a la punta. La comunicación interventricular (CIV) estaba parcialmente cubierta por unas trabéculas carnosas que explicaban la imagen angiográfica de dos chorros. Se seccionaron dichas trabéculas y se observó una CIV de unos 8 mm. de diámetro que se cerró colocando 4 puntos en «U» sobre teflon, abarcando el orificio, entrando por un lado por el tabique interventricular y saliendo por el otro por el epicardio. El curso postoperatorio fue normal, salvo por un mínimo soplo sistólico 1/6, que luego desapareció.

COMENTARIO. — La corrección quirúrgica de defectos intracardíacos de origen traumático era hasta hace poco un hecho rarísimo, que empieza a dejar de serlo. El presente caso es muy demostrativo de los problemas que una herida penetrante cardíaca puede presentar.

Hay que tener en cuenta que la mayor parte de estas heridas provocan la muerte del paciente por hemorragia o taponamiento antes de que pueda llegar al Hospital, pero si cuando lo vemos todavía presenta signos vitales, en la actualidad cada vez se considera más indicada la inmediata práctica de una toracotomía exploradora ante la sospecha de herida penetrante cardíaca. En el caso que curse como un taponamiento cardíaco la pericardiocentesis sólo es aconsejable como medida temporal para remontarlo antes de la toracotomía.

El cierre de la herida cardíaca, que en orden de frecuencia afecta a ventrículo derecho, ventrículo izquierdo, aurículas y grandes vasos, es posible lograrlo prácticamente en todos los casos sin necesidad de circulación extracorpórea. La existencia de lesiones intracardíacas producidas por el mismo agente suelen ser bien toleradas, tal como se vio en este caso, permitiendo su estudio tardío cuando el paciente ya se ha recuperado. Si se trata de una comunicación interventricular su corrección es aconsejable cuando el flujo a través del defecto es importante, es decir cuando la relación entre el flujo pulmonar y el sistémico sea igual o mayor de 2 a 1, aunque el paciente se encuentre asintomático, puesto que si no a la larga aparecerían. Si es posible, la corrección es preferible demorarla hasta pasados 3 ó 4 meses en que los bordes musculares del defecto se han fibrosado, con lo que el peligro de desgarro al dar los puntos es menor que el que hubiera habido de hacerlo inmediatamente. Los resultados, como en este caso, suelen ser satisfactorios.

En conclusión, nos ha parecido interesante llamar la atención sobre una problemática vital que puede presentarse a cualquier equipo de

urgencias de cirugía general, como sucedió en este caso en un momento en que en nuestro Hospital todavía no existía cirujano de guardia, y que, con medios y técnicas simples, pero agresivas, puede solucionarse, dejando para un segundo tiempo la corrección de los defectos intra-cardíacos.

*Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «Príncipes de España»  
Hospitalet de Llobregat (Barcelona)  
Servicios de Cirugía General «A»  
(Dr. A. SITGES)  
y Patología del Corazón  
(Dr. M. PUIG MASSANA)*